

Mitglied werden bei der IKK classic

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://handelsblatt.kassensuche.de/antrag/290>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Persönliche Angaben

Ich wähle die IKK classic ab
(bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.)

Meine Krankenversichertennummer
(siehe Gesundheitskarte, Buchstabe + 9 Ziffern)

Meine persönlichen Daten

Geschlecht weiblich männlich

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)*

E-Mail*

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Beruf

Familienstand

ledig verheiratet, seit

geschieden, seit verwitwet, seit

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin

Arbeitnehmer freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Auszubildender selbstständig

Rentner/Rentantragsteller Künstler

Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II**

Saisonarbeiter voraussichtlich bis

Sonstiges
(z. B. Student, Praktikant, Rehabilitant)

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Ich bin mit dem Arbeitgeber

verheiratet verwandt

Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente**

Ich erhalte Versorgungsbezüge**
(z. B. Betriebsrente/Pension)

Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert

vom bis bei der
(Datum) (Datum) (Name der Vorversicherung)

Bei Wechsel der Krankenkasse bitte Kündigungsbestätigung beifügen.

Sonstiges

- Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.
- Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.
- Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Mit Unterschrift dieser Mitgliedserklärung erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei Zustandekommen der beantragten Mitgliedschaft, zum Zwecke der Abrechnung und Zahlung einer Aufwandsentschädigung an und den Vermittler, durch die IKK classic folgende Daten an den Vermittler übermittelt werden: Vor- und Zuname, Geburtsdatum. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Vermittlernummer _____ Vermittler _____ Unterschrift _____ Datum _____ Unterschrift des Kunden _____

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Bearbeitung Ihres Antrages und beruht auf § 175 i. V. m. § 284 SGB V und § 50 i. V. m. §§ 93 ff. SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

**bitte Nachweis, z. B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen

Persönliche Angaben

Ich wähle die IKK classic ab
(bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.)

Meine Krankenversichertennummer
(siehe Gesundheitskarte, Buchstabe + 9 Ziffern)

Meine persönlichen Daten

Geschlecht weiblich männlich

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)*

E-Mail*

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Beruf

Familienstand

ledig verheiratet, seit

geschieden, seit verwitwet, seit

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin

Arbeitnehmer freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Auszubildender selbstständig

Rentner/Rentantragsteller Künstler

Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II**

Saisonarbeiter voraussichtlich bis

Sonstiges
(z. B. Student, Praktikant, Rehabilitant)

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Ich bin mit dem Arbeitgeber

verheiratet verwandt

Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente**

Ich erhalte Versorgungsbezüge**
(z. B. Betriebsrente/Pension)

Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert

vom bis bei der
(Datum) (Datum) (Name der Vorversicherung)

Bei Wechsel der Krankenkasse bitte Kündigungsbestätigung beifügen.

Sonstiges

- Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.
- Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.
- Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Mit Unterschrift dieser Mitgliedserklärung erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei Zustandekommen der beantragten Mitgliedschaft, zum Zwecke der Abrechnung und Zahlung einer Aufwandsentschädigung an und den Vermittler, durch die IKK classic folgende Daten an den Vermittler übermittelt werden: Vor- und Zuname, Geburtsdatum. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Vermittlernummer _____ Vermittler _____ Unterschrift _____ Datum _____ Unterschrift des Kunden _____

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Bearbeitung Ihres Antrages und beruht auf § 175 i. V. m. § 284 SGB V und § 50 i. V. m. §§ 93 ff. SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

**bitte Nachweis, z. B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift